Arbol y Bonilla (I)

ISMAEL ARBOL Y BONILLA.

TESIS INAUGURAL.

C. R. Lucio, Sinod. propiet.[o]

FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO.

ESTUDIO

SOBRE LA

FISTULA DEL ANO

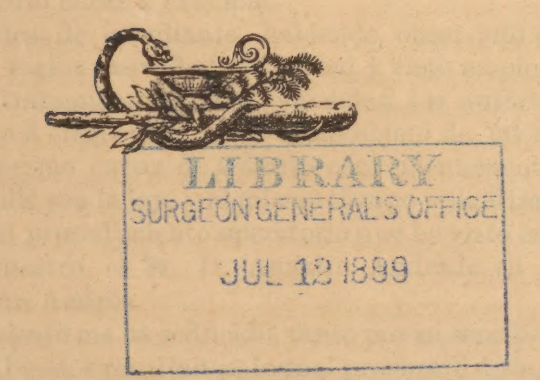
PRESENTADO AL JURADO CALIFICADOR
PARA EL EXAMEN PROFESIONAL DE

MEDICINA Y CIRUJIA

POR

ISMAEL ARBOL Y BONILLA

ALUMNO DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE MÉXICO.



MEXICO—1877

IMP. DE JENS Y ZAPIAIN, CALLE DE SAN JOSÉ EL REAL N. 22.

Las fístulas del ano, una de las enfermedades tan frecuentes como penosas para las personas que las padecen, sin contar los sufrimientos que ocasionan y las funestas complicaciones que traen consigo algunas veces, son para el individuo que las tiene un objeto de repugnancia. Por esto, los cirujanos de todas las épocas han tratado de poner un remedio eficaz á este mal.

En mi práctica de estudiante, habiendo observado en los hospitales varios casos de fístula anal y visto emplear casi todos los tratamientos que recomiendan los autores, me he decidido á elegir este punto como objeto de mi tésis, no por creerme capaz de tratarlo convenientemente, sino por cumplir con la ley, y al mismo tiempo vulgarizar, si es posible, el procedimiento operatorio que he visto emplear á mi maestro el Sr. D. Agustin Andrade en el Hospital de San Andrés.

El procedimiento me ha seducido, tanto por su sencillez, como por sus buenos resultados, lo cual procuraré demostrar con las observaciones que recogí escrupulosamente, que aunque poco numerosas, son de bastante peso á mi humilde juicio.

Los autores dividen las fístulas del ano en tres especies: 1° *las fístulas completas*, que tienen dos orificios, uno interno en el recto, otro externo en los tegumentos, y un canal que los pone en comunicacion; 2° *las fístulas ciegas internas;* 3° las fístulas ciegas externas. Las segundas tienen un trayecto y un orificio interno en el intestino; las terceras un orificio al exterior y un trayecto.

La existencia de las últimas ha sido negada por varios autores, como Foubert, Sabatier y Larrey, que pretenden que cuando no se ha encontrado el orificio interno es porque ha sido mal buscado; pero Pott, Boyer, Roux y Velpeau han combatido esta asercion exagerada. Ademas, esta distincion tiene poca importancia práctica, porque el tratamiento curativo es el mismo para todas las especies de fístulas; por esta razon me ocuparé de preferencia de la fístula completa.

Tambien se han dividido las fístulas del ano: 1° *en única ó múltiple* segun que existen una ó varias; 2° *en simple* cuando presenta un solo trayecto y dos orificios, uno externo y otro interno; complexa cuando presenta varios orificios internos ó externos comunicando por un trayecto comun.

Aunque no sea mi intencion tratar de todo lo relativo á la fístula anal, sino principalmente de su tratamiento para la curacion radical, creo indispensable decir algunas palabras ántes, de su patogenia, etiología y anatomía patológica; ocupándome en seguida mas detenidamente de su tratamiento.

Patogenia.—Todos los autores están acordes en admitir, que esta especie de fístulas son consecutivas á los abscesos del ano; por consiguiente, todas las causas que producen estos abscesos dan orígen, ulteriormente, á las fístulas.

¿Pero cómo se forman estas fístulas?

Bajo la influencia de una causa cualquiera la fístula del ano se puede formar de dos maneras, de adentro á afuera ó de afuera á adentro; ya sea que el proceso patalógico comience por la mucosa del recto ó por el tejido celular que rodea sus paredes.

En el primer caso, por una simple escoriacion, una herida, una inflamacion etc., se produce una pérdida de sustancia de la mucosa rectal, que en vez de marchar á la cicatrizacion, sufre una inflamacion motivada por el contacto de las materias fecales y los gases, sustancias siempre irritantes, inflamacion que se extiende progresivamente á la capa muscular del intestino, la cual una vez ulcerada y perforada deja una abertura mas ó ménos grande que dá paso á las materias irritantes contenidas en la cavidad del recto, y la inflamacion supurativa invade el tejido celular ambiente. Por su disposicion anatómica este tejido se presta perfectamente á recibir las materias contenidas en el recto. Como consecuencia de la inflamacion, el tejido celular se supura y se forman pequeños abscesos múltiples, que mas tarde se reunen y forman un absceso estercoral mas ó ménos voluminoso.

Si la abertura intestinal no es muy pequeña, el absceso comunica por ella con la cavidad del recto; el pus se vacía en el intestino, es expulsado por el ano con las materias fecales y queda una fístula ciega interna que mas tarde se hará completa. Si la perforacion del intestino es pequeña y el pus no puede pasar fácilmente al recto, se acumula en la cavidad del absceso, el cual crece y tiende á abrirse al exterior, quedando desde luego una fístula completa.

Cuando el absceso tarda algun tiempo en abrirse en la piel y el pus no puede evacuarse en el recto, huye en los tejidos formándose trayectos en distintas direcciones, y se abre en la piel, al rededor del ano, por varios orificios ó produciendo la fusion de una gran parte del tejido celular que llena el espacio pelvirectal inferior; en fin, hace grandes destrozos si el cirujano no interviene á tiempo.

Cuando la fístula se forma de afuera hácia adentro, el mecanismo es un poco diferente. Ya sea por una causa traumática, ya por hemorroides, etc., se forma un flegmon de esta region, mas ó ménos voluminoso, el tejido inflamado se supura, se forma un absceso que se abre al exterior, quedando desde luego una fístula ciega externa que se convertirá en completa, si la inflamacion se extiende

mas y mas al interior, destruye los tejidos y perfora las paredes del recto; pero este caso es raro y aun varios autores lo han negado.

Lo mas comun es que, por una causa cualquiera, se forme un absceso en medio del tejido celular de la region; el pus busca una salida, se abre paso al traves de las paredes del recto, en caso de fístula ciega interna, ó al mismo tiempo al exterior, en caso de fístula completa, lo que es mas frecuente.

Tal es el mecanismo segun el cual se forman las fístulas del ano.

Como dijimos al principio, esta especie de fístulas son consecutivas á los abscesos del ano. ¿Pero de qué depende esta terminacion tan frecuente, que puede considerarse hasta cierto punto como fatal?

De los dos modos que hemos admitido para la formacion de las fístulas anales, es decir, de la mucosa rectal hácia afuera ó del exterior á la mucosa, el primero se comprende perfectamente que pueda dar lugar al establecimiento de la fístula. Desde el momento en que el absceso consecutivo á la perforacion de las paredes del recto y á la supuracion del tejido celular contiguo, se abre al exterior, siguen pasando las materias intestinales por el orificio interno, ocasionan una supuracion crónica interminable, el escurrimiento continuo del pus y de las sustancias del intestino produce el establecimiento definitivo de la fístula y la mantiene; pero en el segundo modo, cuando se forman de fuera á adentro, las mismas condiciones solo se encuentran reunidas en las fístulas ciegas internas y en las completas, y faltan completamente en las ciegas externas, tanto que muchos autores han dudado de su existencia.

¿Cómo es que un absceso de la márgen del ano dá origen consecutivamente á una fístula?

¿Cómo es que en este caso no sucede lo que pasa con los abscesos calientes de las otras regiones? Una vez evacuado el pus al exterior, el foco debia cicatrizarse al cabo de unos dias sin que quedara fístula ninguna.

Para que quede un trayecto fistuloso es preciso que

concurran otras circunstancias que mantengan continuamente una irritacion, para que las paredes del foco, en lugar de cicatrizarse, sigan supurando y la salida permanente del pus mantenga la abertura, como cuando queda en el espesor de los tejidos un cuerpo extraño; ó que una sustancia cualquiera esté saliendo é impida la cicatrizacion del trayecto fistuloso.

Aquí creo que hay otras dos circunstancias que deben tenerse presentes por su importancia para el tratamiento.

En primer lugar, una vez que el absceso de la márgen del ano se ha evacuado al exterior, el paso de los gases intestinales á la cavidad del absceso, al traves de las paredes rectales, produce una irritacion contínua del foco y se establece una supuracion crónica, que mantiene la fístula y aun puede suceder que la inflamacion supurativa se extienda mas y mas al tejido celular é invada las paredes del recto, las perfore y la fístula se convierta en completa; pero para que los gases pasen al foco, creo que es necesario que las paredes rectales estén un poco adelgazadas, y en los casos en que falta esta circunstancia debe haber otra que impida la cicatrizacion del foco.

En efecto, como lo creen Gosselin y Richet, el obstáculo á la cicatrizacion del foco del absceso se encuentra en las funciones y la disposicion anatómica del recto.

Estando alternativamente, esta porcion del intestino, en estado de replesion y vacuidad, goza de una gran movilidad la cual impide que las paredes del foco se pongan en contacto, condicion indispensable para la cicatrizacion, y por consiguiente esta no se verifica. Ademas, como dice Richet, "si las dos escavaciones isquio-rectales inferiores han sido vaciadas por la supuracion, el recto queda aislado en medio del estrecho inferior de la pelvis, casi colgando como el badajo de una campana, sirviéndome de esta expresion que he oido emplear á Lisfrane en sus lecciones clínicas, y se vé uno obligado algunas veces á recurrir á la extirpacion de su extremidad inferior como la ha practicado y con éxito Mr. Faget."

"Todos los médicos saben con cuánta frecuencia los abscesos de la márgen del ano, sea que provengan de una supu-

racion idiopática del tejido celular del espacio pelvi-rectal inferior, sea que resulten de alteraciones de las paredes intestinales, son seguidos de fístulas que todos los esfuerzos de la naturaleza son impotentes para curar. ¿No es evidente que este resultado fatal es debido á la disposicion anatómica? ¿Y no nace de ella la indicacion natural de ensayar, en el tratamiento de estas afecciones, con mayor perseverancia y método de lo que se ha hecho hasta hoy, la compresion de dentro hácia afuera y de arriba á abajo por medio del taponamiento precedido de una inyeccion irritante en el trayecto fistuloso?"

Las últimas condiciones me parecen de mucha importancia, para que no deban olvidarse nunca en la curacion de la fístula anal.

Etiología.—Las causas de esta afeccion, como se comprende, son muy diversas.

Todas las enfermedades que producen ulceraciones de la última porcion del intestino, pueden dar orígen á las fístulas, por eso predisponen á ellas la disenteria, la fiebre tifoidea, la ulceracion de los folículos y de la mucosa rectal, la sífilis, la tuberculosis etc.; los traumatismos que perforan el recto ó atraviesan los tegumentos y los tejidos profundos.

Las hemorroides y las profesiones que exigen la posicion continuamente sentada, predisponen tambien á las fístulas.

Pero como dice Jules Félix: * "la causa principal, la mas frecuente de la fístula anal, es la *constipacion.* Cuando alguna persona os consulte para una fístula del ano, preguntadle si la constipacion es su estado habitual; os responderá casi siempre que sí, á menos que haya en ella una causa diatésica cualquiera ó un accidente."

Esta influencia la explica del modo siguiente: "el recto, la S. iliaca misma se llenan de materias fecales; estas materias se condensan mas y mas, los gases irritantes se desarrollan en mayor ó menor cantidad; la cavidad intestinal se dilata demasiado; la elasticidad y contractilidad

* Memoria premiada por la Sociedad de Medicina de Gante, 1875

de los tejidos disminuyen ó desaparecen; las fibras nerviosas simpáticas se embotan mas ó menos por la compresion; la circulacion se dificulta y se establece un estado congestivo que predispone á la inflamacion; y como persisten las diversas causas de irritacion, la mucosa se inflama, se ulcera; la inflamacion y ulceracion se propagan, atraviesan el espesor de la pared intestinal, sus diversos tejidos; se forman y extienden abscesos ó conejeras y pronto la fístula es completa.''

Anatomía patalógica.—Todos los autores describen á la fístula del ano un trayecto y uno ó varios orificios internos ó externos, segun que es simple ó complexa.

El trayecto no es siempre recto: ordinariamente es sinuoso y presenta curvas y codos en distintas direcciones, de tal manera que hay fístulas que tienen el orificio interno á la derecha y el externo á la izquierda. Ademas, el trayecto unas veces es regular pero otras presenta dilataciones, anfractuosidades y escavaciones mas ó ménos vastas, de modo que, muchas veces se encuentra destruido todo el tejido celular que llena la fosa isquio-rectal, y la porcion inferior del intestino se halla como suspendida en medio de una vasta cavidad purulenta.

El trayecto, atraviesa algunas veces entre la mucosa y el esfinter interno y en su parte inferior pasa entre el esfinter externo y la piel; pero otras desciende entre las fibras longitudinales del recto, se dirige entre las fibras del exfinter externo y se abre en la piel á mayor ó menor distancia del ano. Los tejidos que atraviesa el trayecto se encuentran tan alterados, que no siempre es posible determinar las relaciones que tiene con ellos.

El interior del canal está tapizado por una membrana lisa y delgada parecida por su aspecto á las mucosas. Cuando existen vastas cavidades se encuentran varios productos inflamatorios como bridas, seudo membranas, induraciones etc.

Respecto de los *orificios*, se encuentran uno ó varios externos, situados unos muy cerca de la márgen del ano. En la mujer en este caso, se encuentran de ordinario entre la comisura de los grandes labios y la horquilla; pero

pueden encontrarse á gran distancia del ano, en medio de la nalga, por ejemplo.

El orificio interno muy raras veces es múltiple. Su situacion precisa ha sido muy discutida por los autores.

Consultando los trabajos de Desault, Boyer, Roux, Ribes, Larrey, Sabatier, Brunel, Velpeau y Jules Félix etc. se ve que el orificio interno de las fístulas del ano, se encuentra *con mas frecuencia* entre los dos esfínteres; *algunas ocasiones* en la union de la mucosa y la piel; y *con bastante frecuencia* arriba del esfinter interno á una distancia mas ó ménos considerable, de tal manera que hay casos en que es inaccesible á la exploracion con el dedo. Por lo general, en la mujer es ménos elevado, lo que hace la operacion mas fácil; pero las relaciones que tiene el recto con la vagina y la disposicion anatómica de la cavidad peritoneal, del útero, la vagina y la importancia de las aponeurosis del perineo, son circunstancias que el cirujano nunca debe olvidar, porque la operacion hecha con el instrumento cortante puede dar orígen á varios accidentes, como á una fístula recto-vaginal, á que el pus se derrame en la cavidad del peritoneo, á una hemorragia que puede ser mortal, etc.

La conformacion y el estado físico del orificio interno tienen tambien su importancia. Por lo general es pequeño, circular ó elíptico; cuando es reciente es blando y está como desgarrado. Segun Ribes, en los tuberculosos es duro, rugoso y saliente, como cretáceo; al tocarlo con el dedo que explora, cuando es grande parece como hecho con un saca-bocado; si es pequeño se tiene la sensacion de un cuerpo rugoso y saliente. Jules Félix * cree que la antigüedad de la fístula, su modo de formacion y su mayor ó menor extension tienen una influencia muy grande en el carácter y conformacion del orificio interno. Cita varios casos de individuos que, ni por el conmemorativo, ni por el exámen físico, se encontraba ningun signo de tuberculosis. Segun él, cuanto mas antiguo sea el orificio interno y la fístula haya tardado mas tiempo en desarrollarse,

* Memoria citada.

mas grande será el orificio y sus bordes serán mas salientes y duros como revestidos por un rodete cicatricial.

Tambien cita casos de tuberculosos con fístulas del ano, en los que sin embargo, el orificio interno de las fístulas no era duro y saliente, como el caso de un individuo de cincuenta años con tuberculosis pulmonar manifiesta, que padecia una fístula múltiple y complexa del ano. Los cinco orificios externos se abrian circularmente á poca distancia del ano y comunicaban con tres orificios internos que se abrian en el recto entre los dos esfínteres á alturas desiguales, y sin embargo no se encontraba el rodete duro y saliente característico de la tuberculosis, como lo creia Ribes. Esto se comprende fácilmente: habiéndose formado primero los orificios externos y al cabo de cierto tiempo los internos, no habia habido lugar para la organizacion de la neoplasia inflamatoria, que despues llegaria á dicha organizacion que daria á la abertura el aspecto duro y saliente que presenta algunas veces.

Tratamiento.—Se han propuesto una infinidad de medios para la curacion de la fístula del ano; pero muy pocos son los que han dado, con mas seguridad, buenos resultados.

Con los ungüentos, pomadas, polvos, etc., se han obtenido curaciones tan raras que hoy estos medios están completamente abandonados.

Lo mismo ha pasado á las inyecciones hechas con diversos líquidos, de los cuales solo las hechas con tintura de iodo, aplicadas por primera vez por Boinet, han dado algunos resultados. La compresion ha sido tambien abandonada.

Todos estos métodos son largos, dolorosos y sus resultados son tan inciertos que por esto ya no se emplean.

Lo mismo ha pasado con la cauterizacion; la excision, empleada en otro tiempo, es peligrosa, produce una pérdida de sustancia muy extensa, una supuracion muy larga que agota á los enfermos.

La incision es el método mas recomendado hoy por los prácticos; pero no todos emplean el mismo procedimiento operatorio.

Unos la practican introduciendo una sonda acanalada en el trayecto fistuloso y dividiendo todo el espesor de los tejidos con el bisturí; procedimiento bastante sencillo y que da excelentes resultados, curando radicalmente la fístula; no deja de tener sus inconvenientes y sus peligros por lo cual no siempre es posible emplearlo.

En primer lugar un solo cirujano no puede practicar la operacion, necesita el concurso de varios, inconveniente que no siempre es posible salvar; ademas, la pusilanimidad de los pacientes que temen las operaciones con el instrumento cortante, sobre todo las mujeres, obliga al cirujano á recurrir á otros medios. El empleo del cloroformo, que en este caso es indispensable, y el temor que tienen muchas personas de someterse á las inhalaciones anestésicas, son otras tantas circunstancias que hacen muchas veces la operacion impracticable.

Los peligros á que expone el empleo del bisturí detienen á muchos cirujanos. Uno de los mas temibles es la hemorragia cuando el orificio interno de la fístula está muy alto y la abundancia de vasos en esta region la hacen casi inevitable.

Las relaciones que presentan entre sí los órganos importantes de esta region delicada, exponen tambien á accidentes temibles, que aunque no muy frecuentes, sin embargo, se presentan, tales como la flebitis, la piohemia, la septicemia, la peritonitis, la introduccion del aire en las venas, la retension de orina causada por la irritacion que produce la operacion; pero con mas frecuencia por la compresion que ejerce la mecha sobre el cuello vesical, la erisipela, y en la mujer la fístula recto-vaginal, etc., etc.; estos son otros tantos accidentes que sobrevienen en las operaciones hechas con el instrumento cortante.

Todos estos peligros é inconvenientes han obligado á los cirujanos á buscar otro medio de operar, que evitara los peligros á que expone el empleo del instrumento cortante, lo cual ha dado orígen á que Chassaignac inventara su constrictor, que por su grande aplicacion, es una de las conquistas mas grandiosas de la cirujía moderna.

MM. Chassaignac y Maisoneuve han querido demostrar

en sus notables trabajos, que las heridas hechas con el constrictor no presentan los accidentes que resultan del empleo del cuchillo.

"Sin admitir con su inventor, que el constrictor pone al abrigo de la erisipela, del flegmon difuso, de la infeccion purulenta, puede tenerse como cierto que con este instrumento, metódicamente aplicado, se obtiene la separacion de los tejidos sin hemorragia, á lo ménos cuando hay arterias de mediano calibre, y que las heridas que deja, curan cuando ménos tan bien como si fueran hechas con un instrumento cortante." (Malgaigne, Med. operat.)

Una de las grandes ventajas que tiene la constriccion lineal sobre el instrumento cortante, es el evitar con seguridad la hemorragia; pero tiene tambien sus inconvenientes. Como la operacion de la fístula anal por medio del constrictor, es muy dolorosa, hace necesario el empleo del cloroformo, y por consiguiente expone al enfermo á los peligros de la anestesia. El uso de un instrumento especial que no se tiene siempre á mano, es otro inconveniente que hace la operacion mas complicada, y por esto muchas veces impracticable: ademas, necesita de la intervencion de dos cirujanos cuando ménos, y como dice Malgaigne (Med. operat., pág. 38): "la maniobra del constrictor es larga, porque se necesita obrar lentamente. En general, cuando no hay hemorragia que temer, puede operarse de manera que se emplee medio minuto y aun ménos para hacer entrar en la cánula del constrictor un eslabon de la cadena; de otra manera, *un minuto para cada eslabon, es el espacio de tiempo mas largo que pueda exigirse para evitar toda eventualidad de hemorragia.*"

De todo lo dicho se infiere, que la aplicacion del constrictor de Chassaignac á la curacion radical de la fístula anal, procedimiento que casi todos los prácticos emplean hoy, da brillantes resultados, y que aunque evita uno de los grandes accidentes de la operacion de la fístula por la incision con el bisturí, la hemorragia, no pone al abrigo de los otros peligros é inconvenientes que presenta la incision con el bisturí: y como dice muy bien Jules Félix (en su Memoria coronada por la Sociedad de Med. de Gante),

"pero si en una operacion quirúrgica, se debe contar ante todo con la seguridad del resultado y los pocos accidentes que el procedimiento operatorio trae consigo, es preciso considerar tambien la sencillez del procedimiento, la facilidad y rapidez de su ejecucion, así como la falta completa de dolores y peligros."

Queriendo evitar todos los accidentes y peligros que presentan estos procedimientos, el autor ha empleado otro muy sencillo y rápido que, segun él, da los mejores resultados para la curacion radical de la fístula del ano.

"En el curso de mi práctica, dice el autor, me ha llamado con frecuencia la atencion, la profundidad y limpieza de las heridas hechas por el deslizamiento rápido de un hilo delgado ó de un alambre metálico. Estas heridas se hacen rápidamente y se curan con facilidad, sin fiebre y sin complicacion ninguna. La hemorragia consecutiva es nula ó insignificante."

"Esta observacion me condujo á emplear la seccion lineal para ciertas operaciones, y en la de la fístula del ano es en la que este procedimiento me ha dado los mejores resultados."

El autor practica la operacion del modo siguiente:

Cuando se presenta un caso de fístula anal, comienza por hacer su diagnóstico, determinando exactamente el trayecto y los orificios de la fístula. Hace su exploracion sirviéndose de un estilete aguja comun, ó mejor de un estilete aguja, de plata y bastante flexible, con una canaladura longitudinal de cada lado; pasa por el ojo un hilo de seda inglesa, bien torcido y de un grueso conveniente, que aplica en las canaladuras del estilete, y procede á la exploracion de la fístula introduciendo el estilete por el ojo, en el orificio externo. Una vez que ha logrado pasar el estilete por el orificio interno de la fístula, de lo cual se asegura por medio del dedo introducido en el ano, lo hace salir bastante en el intestino, y en seguida, lo saca un poco, de manera que el hilo que quedaba aplicado en las canaladuras del estilete, forme una asa, que toma con el dedo encorvado en gancho y saca así la asa del hilo por el ano, despues el estilete por el orificio externo de la fístula, de-

jando en su trayecto un sedal formado por un hilo doble: pasa tantos hilos cuantos trayectos fistulosos encuentra.

Prefiere los hilos de seda inglesa torcidos, por ser suaves, delgados, muy resistentes y porque no se impregnan pronto de sangre. Dice el autor, que conserva varios hilos que le han servido dos y tres veces para la operacion, y que se encuentran aún en buen estado; que los hilos de cáñamo no cortan bien los tejidos, sino que mejor los desgarran por la traccion; que se impregnan pronto de los líquidos, y una vez mojados, ya no cortan.

En lugar de hilos de seda podian emplearse las cerdas de caballo ó hilos metálicos, pero tienen los inconvenientes de ser rígidos y quebradizos.

Cuando por la exploracion de la fístula con el estilete no puede descubrir el orificio interno, como sucede en las fístulas múltiples ó en las complexas, en las que no tiene siempre la seguridad de haberlos encontrado todos; emplea el procedimiento de Van Hoeter, cirujano de Bruselas, que consiste en introducir en el recto, lo mas profundamente posible, por medio del espejo, una larga mecha de hilas, bastante gruesa, untada de almidon, é inyectar agua tibia teñida con tintura de iodo, por el orificio ó los orificios externos; el líquido forma manchas azules en la mecha, que dan una idea exacta del tamaño y situacion del orificio á que corresponden cada una de ellas.

Una vez colocados de la manera indicada, tantos hilos dobles cuantas fístulas hay, se procede á la operacion, ó en caso contrario, se dejan estas especies de sedales que evitan las exploraciones sucesivas, siempre dolorosas, y tienen la ventaja de evitar mas sufrimientos á las personas que no quieren operarse, como en el caso que cita de un individuo que padecia de fístula anal, y que hacia tres años que llevaba esta especie de sedal y se entregaba á sus ocupaciones sin experimentar la menor molestia y sin que se reprodujeran como ántes, abscesos estercorales, que se acompañaban de síntomas febriles é inflamatorios alarmantes, y aun algunas ocasiones de delirio. Lo mismo podria hacerse, dejando los hilos-sedales en los casos en que

hay contraindicacion á la operacion y se economizarian de este modo muchos sufrimientos á los pacientes.

Si despues de haber colocado los hilos-sedales se procede á la operacion, esta se practica del modo siguiente: se acuesta al enfermo de una manera conveniente, de modo que la pélvis quede al borde de la cama y presente bien la region perineal posterior. En seguida un ayudante mantiene la region á la vista y otro practica la anestesia local. Como se ve, no mas es necesaria la presencia del cirujano que opera; los ayudantes pueden ser dos personas cualesquiera, con tal que tengan presencia de ánimo, y aun la operacion puede practicarse con un solo ayudante.

El cirujano dispone los hilos de manera que formen dos hacecillos, si son varios, uno con los hilos que salen por el ano, el otro con los que pasan por el orificio externo. Como los hilos puestos en cada fístula son dobles, se dejan unos de reserva, fijándolos del lado correspondiente con una tira de tela emplástica, y con los otros se forman los dos haces dichos, que se fijan cada uno en unas pequeñas varillas de madera ó acero bastante sólidas.

Dispuestos los hilos de este modo, el ayudante encargado de la anestesia arroja sobre las partes que van á dividirse, una corriente de éter rectificado, por medio del pulverizador de Richardson, hasta que se forme una nube; esta semicongelacion hace las partes insensibles.

Entónces el cirujano toma una varilla en cada mano é imprime á los hilos, convenientemente tendidos, un movimiento rápido de vaiven, como si fuera una sierra de cadena. Segun el autor, bastan unos segundos para hacer la seccion lineal de los tejidos sin que haya hemorragia ni dolor: en seguida, se reconoce con el dedo si hay bridas fibrosas, que se extirpan con las tijeras, y se hace la curacion con una mecha untada de aceite con ácido fénico (aceite de olivo 95 partes, ácido fénico cristalizado 5), que se introduce en el recto por medio del espejo de ano y se aplican compresas empapadas en agua fénica fria sobre la herida, renovándose cada veinte minutos; se mantiene al enfermo acostado del lado y en la inmovilidad; se hace todos los dias una inyeccion de agua fénica tibia y se cambia la

mecha. Al cabo de tres dias se sustituyen las compresas por una curacion simple. Se establece una supuracion de buena naturaleza y la herida cura regularmente, "sin que el enfermo experimente ninguno de los accidentes que complican á las operaciones hechas con el instrumento cortante." (Jules Félix, mem. cit.)

El autor reasume las ventajas de su procedimiento por la seccion lineal, del modo siguiente:

"I.—El empleo de los hilos-sedales no determina en los enfermos los dolores producidos por las exploraciones repetidas con el estilete.

"II.—El empleo de los hilos-sedales es muy útil aun en los casos en que está contraindicada la operacion de la fístula y aun pueden curarla por sí solos.

"III.—La seccion lineal hace fácil y sencilla la operacion de la fístula del ano, aun en los casos mas complicados.

"IV.—Dicha seccion permite á todo cirujano practicar la operacion sin el concurso de otros prácticos.

"V.—La operacion por la seccion lineal no presenta los peligros que pueden resultar del empleo del cuchillo.

"VI.—No expone, como el empleo del cuchillo:

1° A la necesidad y peligros del empleo del cloroformo.
2° A la hemorragia.
3° A la introduccion del aire en las venas.
4° Al síncope.
5° A la inflamacion gangrenosa.
6° A la peritonitis.
7° A las fístulas recto-vaginales ó recto-uterinas.
8° A los derrames seropurulentos en la cavidad peritoneal.
9° A la erisipela y sus consecuencias.
10° A la flebitis.
11° A la infeccion ó á la reabsorcion purulentas.

"VII.—La seccion practicada bajo la influencia de la anestesia local, se hace rápidamente, sin dolores ni fiebre traumática consecutiva."

El autor del procedimiento, en apoyo de estas proposiciones, trae varias observaciones de casos de fístula anal,

en los que ha empleado su procedimiento obteniendo los mejores resultados.

Si se confirma por la práctica, como lo asegura su autor, que en las operaciones hechas por la seccion lineal hay falta completa de hemorragia, uno de los accidentes mas temibles en las operaciones, se conciben las grandes aplicaciones que podria tener en muchos casos. Por ser un procedimiento muy sencillo y rápido en su ejecucion, podria emplearse en lugar del constrictor, y aun reemplazarlo con ventaja en muchas circunstancias, por ejemplo, para la extirpacion de la lengua, del seno y de diversos tumores, como el autor lo ha empleado ya para extirpar quistes sebáceos, abrir abscesos y aun para la desarticulacion de las falanges, como lo practicó una vez haciendo la desarticulacion metacarpo-falangiana del dedo medio en una lavandera, que sufrió muy poco durante la operacion á pesar de no haber usado la anestesia local.

Deseando que el procedimiento operatorio por la seccion lineal con los hilos de seda, sea estudiado por los cirujanos mexicanos, por esto lo he puesto con algunos detalles, sin aceptarlo hasta ver prácticamente sus resultados.

Estas son las razones que han hecho detenerme un poco en la descripcion del procedimiento, llamando sobre él la atencion de personas competentes que lo juzguen, por no considerarme capaz para hacerlo.

Nos queda aún que estudiar la operacion de la fístula del ano, por medio de la ligadura.

Desde tiempo inmemorial los cirujanos han empleado la ligadura para operar la fístula del ano: la practicaban con hilos de seda ó de cáñamo, que á medida que cortaban los tejidos y se aflojaban, eran apretados hasta que se hacia la seccion completa de los tejidos.

De esta manera se usó por varios años, hasta que Foubert sustituyó los hilos por un alambre de plomo, practicando la operacion del mismo modo.

Desault fué gran partidario de ella, y varios de sus discípulos la usaron; pero luego fué relegada al olvido por los graves inconvenientes que presenta; es muy lenta en operar la seccion de los tejidos, lo que hace que el enfer-

mo tarde mucho en sanar; pero el mayor inconveniente que tiene es que el dolor, en ciertos individuos, es tan intenso y dura tanto tiempo, que los cirujanos se han visto obligados á quitarla y operar la fístula por la incision con el instrumento cortante.

La ligadura por medio de los hilos, á pesar de sus grandes inconvenientes por los cuales se le ha abandonado, tiene sin embargo sus ventajas. Una de ellas, que es de gran importancia, es que evita las curaciones diarias por medio de la mecha introducida en el recto, y como dice Sabatier, * "este método tiene la ventaja de que no sujeta á curaciones regulares, que el dolor que causa es de mediana intensidad cuando no se aprieta demasiado, se emplea el tiempo necesario, y sobre todo, que el enfermo no se ve obligado á observar un régimen determinado, de permanecer en su casa por todo el tiempo que tarda la curacion, sino que puede entregarse á sus ocupaciones ordinarias; pero conviene solo en los casos en que la fístula no está muy léjos del orificio anal y que es simple, porque si estuviera complicada de senos y callosidades, y su orificio externo se encontrara á gran distancia del ano, habria muchas partes que cortar, la ligadura seria mas dolorosa y dilataría mas tiempo la curacion."

Los peligros é inconvenientes que presentan todos estos métodos en la operacion de la fístula del ano, se pueden evitar, como lo he visto varias veces, por medio de la *ligadura elástica.*

En el Hospital de San Andres he tenido la oportunidad de ver emplear á mi distinguido maestro el Sr. D. Agustin Andrade, con un resultado sorprendente, la ligadura con un tubo de goma elástica de tres milímetros de diametro, de paredes no perforadas y bastante resistentes para operar las fístulas del ano, operacion que practica del modo siguiente: colocado el enfermo en la situacion conveniente, sin emplear el cloroformo ni la anestesia local, explora la fístula con un estilete aguja, y una vez que se ha logrado pasarlo por el orificio interno si es completa, ó convirtién-

* Med. oper, 1832. t. II, p. 332.

dola en completa si es ciega externa ó interna, se sirve del estilete para pasar un tubo de goma elástica apropiado por el trayecto fistuloso; en seguida hace con el tubo un nudo simple que aprieta al grado conveniente para estrangular todos los tejidos comprendidos en la asa, y la operacion está terminada.

No es necesario hacer curacion de ninguna especie; se deja al enfermo en este estado hasta la caida de la ligadura, que se verifica de los cinco á los ocho dias de aplicada, y se cura la herida que queda, simplemente. No hay necesidad de poner mecha, ni curar la herida de plano, porque cuando cae la ligadura, queda una pequeña superficie cubierta de botones carnosos; pues á medida que los tejidos son divididos se van cicatrizando, de manera que cuando cae la ligadura espontáneamente apénas queda una pequeña superficie granulosa que marcha rápidamente á la cicatrizacion.

Como se ve, este procedimiento operatorio de la fístula anal es el mas sencillo de todos, como se notará por las observaciones, y me parece el mejor por sus buenos resultados.

Examinemos otras ventajas ó inconvenientes que pudiera tener.

1° *El dolor* es insignificante. A primera vista parece que en el momento de la constriccion deberia ser muy intenso y prolongarse por algunas horas, como sucede cuando se hace la ligadura con los hilos. Hasta hoy en todos los casos en que he visto aplicar la ligadura elástica, el dolor que han manifestado los enfermos á pesar de no estar sometidos á la anestesia, ha sido muy ligero, pues apénas se han quejado al hacer la constriccion; ademas, ha sido muy rápido y no ha aparecido despues en todo el tiempo que ha dilatado en caer la ligadura. Así es que el dolor puede considerarse como nulo; sin embargo, podria objetarse que en los individuos susceptibles é impresionables el dolor podria ser intenso é impedir la aplicacion de la ligadura elástica. En estos casos creo que podria usarse la anestesia local con buen éxito, como en el procedimiento de Jules Felix por la seccion lineal, si se quiere evitar á los enfer-

mos el menor sufrimiento y los peligros de la anestesia cloro-fórmica.

2° *La hemorragia*, no es necesario decir que es nula.

3° La operacion puede ser practicada por un solo cirujano.

4° Evita los padecimientos que ocasiona la introduccion de la mecha en el recto, lo mismo que las curaciones repetidas y complicadas, que son unas de las molestias mas grandes que todos los enfermos temen con razon.

5° No expone al operado á ninguno de los accidentes que se presentan cuando se opera por alguno de los otros procedimientos.

6° La curacion es mas rápida, obteniéndose en ménos tiempo que por cualquiera de los otros procedimientos, como lo prueban las observaciones que referiré dentro de un momento.

El único inconveniente que le encuentro á este procedimiento, es necesitar un tubo de goma elástica apropiado para practicar la operacion, circunstancia que no es posible satisfacer siempre por no tenerse algunas veces á mano.

PRIMERA OBSERVACION.

El dia 21 de Octubre de 1875 ocupó la cama número 20 de la sala de cirujía mayor, Juan Espinosa, de 25 años de edad, de temperamento linfático, buena constitucion y de oficio sastre. Desde hace cinco años que padece de una constipacion que le ha ocasionado muchas molestias y que despues de haber tenido, hace tres años, una inflamacion del ano ha quedado esta parte muy dolorosa impidiéndole el ejercicio de su profesion y hasta la marcha, en el mes que ha precedido á su entrada al hospital.

Reconocida la parte indicada por el enfermo, se encontró á cerca de 5 centímetros de la márgen derecha del ano, una abertura fistulosa de tres milímetros de diametro, irregular, que al introducir por ella el estilete daba salida á gases pestilentes y á una supuracion saniosa; reconocido el recto por medio del dedo, se sentia la extremidad del estilete que salia por la parte interna del intestino, en el punto correspondiente al intermedio de los dos esfínteres. Reconocido con mas cuidado por medio del tacto no quedaba duda de que era el orificio interno de la fístula, el cual se encontraba como á tres centímetros del ano y presentaba una abertura en forma de ojalera, de bordes un

poco endurecidos. Inmediatamente se introdujo en la fístula un estilete aguja, al que se añadió un tubo de goma elástica de tres milímetros de diametro; se sacó el estilete por el orificio interno y despues por el ano, dejando el tubo de goma, bastante resistente, en el trayecto fistuloso; se hizo la ligadura con el tubo, apretándolo suficientemente, y quedó la operacion terminada, prescribiéndose al enfermo un cuarto de racion.

Al dia siguiente (22) el enfermo se encontraba mejor; solamente sentia la molestia del cuerpo extraño debida al tubo, y nos dijo que el dolor que habia sentido en el momento de la ligadura el dia anterior, le habia sido mas soportable que el que experimentaba anteriormente al defecar. Así permaneció por espacio de seis dias hasta el 27 del mismo mes, en que cayó el tubo, dejando una superficie del diámetro de medio real, cubierta de botones carnosos; se le puso una curacion simple con hilas y cerato, continuándola los dias siguientes hasta el 12 de Noviembre, dia en que la herida estaba completamente cicatrizada sin haberle molestado para nada desde la caida de la ligadura; y el dia 20 del mismo Noviembre salia de alta dejando en el hospital hasta el recuerdo de los padecimientos de tres años.

SEGUNDA OBSERVACION.

José M. Hernandez, de 32 años de edad, regular constitucion, temperamento linfático y de oficio plomero; ocupaba la cama número 18 de la seccion de cirujía mayor el dia 20 de Diciembre de 1875.

Deseaba curarse, como decia, de unas almorranas que lo hacian sufrir mucho, desde hacia seis años. Explorada convenientemente la region anal, se encontró una fístula cuyo orificio interno, situado á cinco centímetros del ano y rodeado de un borde calloso, comunicaba con la márgen derecha del ano por medio de un trayecto bifurcado, y de dos orificios externos situados, uno de dos milímetros de diametro, á 4 centímetros, y el otro de tres milímetros á 2 centímetros del borde derecho del orificio anal. Se le puso una doble ligadura elástica en los dos trayectos fistulosos el 7 de Enero de 1876, y se le disminuyeron los alimentos. No hubo ningun accidente; el dia 12, cinco dias despues de la operacion, cayó una de las ligaduras y al dia siguiente, el 13, la otra. Quedaron dos superficies germinantes bastante pequeñas que se curaron con cerato de cloral hasta su completa cicatrizacion, que se verificó en doce dias, saliendo completamente curado el enfermo, el dia 24 del mismo mes en que se operó.

TERCERA OBSERVACION.

El doméstico Francisco García, entró á la sala de Cirujía el 22 de Diciembre de 1875. Es un individuo de 26 años de edad y regular constitucion. Padece de hemorroides y es habitualmente estreñido. Las molestias que estas dos cosas le ocasionan, le han aumentado en estos dias, al grado de serle imposible sentarse y entregarse á sus ocupaciones; actualmente experimenta en el ano una tension y un dolor insoportables, que se exacerban al defecar, y la víspera ha tenido calentura.

Examinando al enfermo, se encontró, en vez de las hemorroides que decia, un gran absceso estercoral. La insicion del absceso dió salida á pus mezclado con gases y materias estercorales. Inmediatamente disminuyeron los sufrimientos de dicho enfermo; se le prescribieron dos lavativas emolientes, dieta y cataplasmas repetidas.

Al dia siguiente se practicó una exploracion minuciosa del recto, y se descubrió á 6 centímetros de altura, el orificio interno de una fístula simple, ciega interna al principio y que la víspera se habia trasformado en completa al abrir el absceso estercoral. Este mismo dia se colocó el tubo de goma elástica, del mismo diámetro que en las obser-

vaciones anteriores, y se practicó la ligadura, que fué soportada mejor que la operacion del dia anterior.

El dia 28 del mismo mes cayó la ligadura y la herida estaba cicatrizada completamente el 10 de Enero de 1876, saliendo de alta el enfermo el 14 del mismo.

CUARTA OBSERVACION.

Longinos Martinez, albañil, de 49 años de edad y buena constitucion; entró á ocupar la cama número 29 de la sala de Cirujía el dia 13 de Octubre de 1876. Despues de dar datos muy incompletos sobre su enfermedad, se le encontró á la exploracion, un trayecto fistuloso que empezaba á 3 centímetros del borde izquierdo del ano y terminaba en fondo de saco, pues no se pudo introducir el estilete mas allá de 4 centímetros, aunque se dirigió en varios sentidos; por otra parte, se reconoció perfectamente la mucosa rectal, sin haber encontrado en ella ninguna solucion de continuidad.

El enfermo referia su enfermedad á un año antes, época en que le salió en ese lugar un *granito*, que le habia supurado hasta el dia de su reconocimiento. El dia 20 se le puso la ligadura elástica, convirtiendo la fístula ciega externa, en completa. Sin ocasionarle ningun sufrimiento, se desprendió dicha ligadura el dia 27; se curó con cerato la herida insignificante que quedó al caer el tubo, y encontrándose enteramente cicatrizada el dia 24 de Noviembre del mismo año, salió el enfermo curado el dia 27.

Por estas observaciones se ven los buenos resultados de la ligadura elástica, en su aplicacion á la curacion radical de la fístula anal. Para hacer mas patentes sus ventajas, pongo la observacion siguiente, en que la operacion se practicó con el constrictor de Chassaignac, y no se presentó complicacion de ninguna especie.

En seguida tomo una de Jules Félix, en que se hizo la operacion de la fístula por medio de la seccion líneal, prefiriéndola entre otras del mismo cirujano, por ser la mas notable por las circunstancias que concurrian en este caso.

QUINTA OBSERVACION.

El dia 13 de Julio de 1876 ocupó la cama número 20 de la sala de cirujía mayor, Rafael Rico, de 45 años de edad, regular constitucion, temperamento linfático y de oficio cargador. Llevaba en la márgen derecha del ano una pequeña ulceracion que explorada con cuidado, se vió que era el orificio externo de una fístula simple y completa cuyo orificio interno estaba situado á tres centímetros del ano. Por no haberse tenido un tubo de goma elástica en ese dia, y haberse dificultado los siguientes, se decidió á practicar la operacion con el constrictor de Chassaignac, la cual se hizo el dia 20 del mismo mes prévia cloroformizacion. Despues de la operacion se le puso la curacion usada en estos casos, introduciendo en el recto una mecha untada con cerato de cloral y se sometió el enfermo á un régimen apropiado. Sin mas accidente en los dias conse-

cutivos, que los dolores causados por la operacion y las curaciones, al introducir la mecha en el recto, y la molestia que causa su presencia en el intestino, la cicatrizacion continuó regularmente hasta el dia 9 de Sétiembre, en que la herida estaba completamente cicatrizada; saliendo de alta el enfermo enteramente curado, el dia 11 del mismo mes despues de haber permanecido en el hospital, desde el dia de la operacion, un mes y 20 dias, tiempo que tardó en hacerse la cicatrizacion de la herida.

Seccion lineal.—*Observacion.*—"El mes de Setiembre de 1871, dice el autor, fuí llamado para asistir á la Sra. T...., de 24 años de edad, de temperamento nervioso y de buena constitucion. Esta señora fué atacada hace dos años de una fiebre tifoidea grave, cuya convalecencia ha sido larga y atormentada por una constipacion obstinada. Un año despues de la curacion de la fiebre, la Sra. T.... fué atacada de un enorme absceso que se abrió cerca de las partes genitales y para el cual no se consultó médico.

Desde hace ocho dias, esta señora embarazada de cuatro meses, experimenta los mismos dolores que sintió cuando padeció del absceso; pero estos dolores son mas vivos, está abrumaba por accesos de fiebre, y una tension é hinchazon considerables al rededor del ano que impiden la defecacion.

Examino atentamente á la enferma y descubro un enorme absceso que tiende á abrirse hácia adelante del ano. La puncion de este absceso, el líquido que sale y los gases que se escapan, me dan la certidumbre de un absceso estercoral y me hacen creer en la existencia de una fístula.

La enferma se siente muy aliviada y al cabo de cuarenta y ocho horas los fenómenos febriles han desaparecido. Cuando la calma de la enferma permitió una exploracion atenta por medio del estilete, descubrí pronto el orificio interno de una fístula simple, situado entre los dos esfínteres del ano. Pasé un hilo de seda torcido como un sedal, lo mismo que en los casos precedentes y á fin de no recurrir á la exploracion por el estilete, exploracion siempre muy dolorosa. Propuse á esta señora la curacion radical por la seccion lineal y mi proposicion fué aceptada.

El 19 de Setiembre procedí á la operacion; mi estimable amigo el Dr. Thiria de Ixelles, quiso ayudarme; se encargó de la anestesia local por medio del pulverizador de Richardson. La enferma acostada del lado derecho, no sintió el menor dolor, la operacion duró algunos segundos; no fué seguida de hemorragia ni fiebre. Tres dias despues, la operada habia dejado la cama y al cabo de un mes la curacion era completa.

El embarazo en esta señora sigió su curso regular, no fué en nada impresionada por esta operacion grave, practicada en una persona muy nerviosa."

Tales son los hechos en que apoyo lo dicho anteriormente y de donde se deducen las proposiciones siguientes:

1ª De todos los procedimientos usados hasta hoy para la curacion radical de la fístula del ano, el que da mejores resultados y mas seguros es la ligadura elástica.

2ª Dicha ligadura no expone á los operados á ningun accidente de los que sobrevienen algunas veces por los otros procedimientos.

3ª Es el mas sencillo y abrevia considerablemente la curacion.

4ª La seccion lineal puede usarse cuando la ligadura elástica no es aplicable, de preferencia al constrictor, si se comprueban las ventajas que su autor le atribuye, y en este caso, será de una grande aplicacion en cirujía para la curacion de otras muchas afecciones.

Solo me queda que manifestar á los dignos profesores que forman el jurado en cuyas manos está mi porvenir, que íntimamente convencido de la insuficiencia de mis conocimientos, y fiado únicamente en su benevolencia me atrevo á presentar este pequeño trabajo para ver coronados mis débiles esfuerzos con la aprobacion de mis ilustrados maestros.

Ismael Arbol y Bonilla.